

Cuestionario de Evaluación Preliminar de Trauma Infantil

Indica por favor si alguna de estas cosas te han sucedido desde el evento.

1. ¿Tienes muchos pensamientos o recuerdos sobre el evento que no quisieras tener?	Sí	No
2. ¿Tienes sueños malos sobre el evento?	Sí	No
3. ¿Sientes o actúas como si el evento estuviera por ocurrir otra vez?	Sí	No
4. ¿Tienes reacciones físicas (por ejemplo te late acelerado el corazón, te duele el estómago, transpiras y sientes mareos) cuando te acuerdas del evento?	Sí	No
5. ¿Tienes problemas para dormirte o seguir durmiendo?	Sí	No
6. ¿Tienes mal humor o te enfadas fácilmente?	Sí	No
7. ¿Te pones mal si algo te recuerda el evento?	Sí	No
8. ¿Te cuesta prestar atención?	Sí	No
9. ¿Estás pendiente de peligros posibles que te puedan afectar o afectar a los demás?	Sí	No
10. ¿Si algo ocurre sorpresivamente o de repente te hace 'saltar'?	Sí	No

©2006

Todos los derechos de autor reservados, prohibida su reproducción en cualquier formato. Para reproducir se debe obtener permiso de Justin Kenardy <j.kenardy@uq.edu.au>